



Ansökan om särskilda insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Sökandens namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad/mobilnummer
Postnummer och postort	E-postadress
*Eventuell god man/förvaltare, ombud	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	
Behjälplig vid ansökan namn	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	

* kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan

Beskrivning

Funktionshinder/diagnos (kort beskrivning, styrks av läkarintyg och/eller psykologutlåtande)

Jag behöver hjälp med följande

--



ARVIKA KOMMUN

Insats/insatser som begärs

- Rådgivning och annat personligt stöd
- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför den egna hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna
- Daglig verksamhet

Sökanden

Den sökanden är:

- Personen själv Vårdnadshavare Förvaltare God man

Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassan, landstinget och kommunen

Ja

Nej

Underskrift (av den sökande/god man/förvaltare/båda vårdnadshavarna)

Datum:

Datum:

Underskrift:

Underskrift:

Skicka ansökan till:

Arvika kommun
40. Vård och omsorg
671 81 Arvika

Telefon: 0570-816 00

Besöksadress:

Östra Esplanaden 5
671 31 Arvika

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning GDPR och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.